（様式第２号）

年　　月　　日

長野市在宅障害者等訪問入浴サービス利用申請書

長野市長　　　　　宛

住　　所

申請者　　氏　　名

個人番号

（利用者との続柄）

連 絡 先

次により訪問入浴サービスを利用したいので申請します。

なお、長野市訪問入浴サービス事業実施要綱に基づく訪問入浴サービスの提供の申請に係る事実及び利用者負担額の審査等を行うために限り、利用者及び同一世帯員、同一生計者の住民基本台帳情報、税関係情報、生活保護情報について調査し、取得した情報を必要な範囲で利用することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利　用　者 | 住　所 | 長野市 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 心身の状　況 |  |
| 家庭での入浴が困難な理由 |  |
| 記入欄が不足する場合は、欄外に記載して差支えありません。※添付書類　医師の診断書（様式第３号）、住宅の位置がわかる地図 | 本人確認書類 |
| マイナ・運転免許証・身・療・精・ |
| 保険証・パスポート |
| 他（　　　　　　　　　　　） |